

CUIDAR DE IDOSOS DEPENDENTES NO DOMICÍLIO: DESABAFOS DE QUEM CUIDA

Isabel Maria Araújo*
Constança Paul**
Maria Manuela Martins***

RESUMO

Com este estudo foi nossa intenção identificar quem é o cuidador principal de idosos dependentes no domicílio e que mudanças ocorrem na vida do cuidador e de sua família quando um elemento se torna dependente. Recorremos a um estudo de natureza qualitativa, utilizando a entrevista semiestruturada. Entrevistamos 12 cuidadores informais de indivíduos idosos dependentes por AVC, pertencentes a famílias dos distritos do Porto e Braga (Portugal). A finalidade deste trabalho é contribuir para a melhoria da assistência da enfermagem à família. Os achados revelaram que os cônjuges e filhas são os principais cuidadores dos idosos dependentes no domicílio. Ao assumirem o papel de cuidador suas vidas são transformadas, ocorrendo mudanças essencialmente no seu papel social, nas atividades de lazer e, em alguns casos, na atividade profissional. A maioria destes cuidadores tem apoio de filhos, de alguns amigos e vizinhos. Identificaram-se alterações e reorganizações na estrutura, função e processo da unidade familiar.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso Fragilizado. Família.

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento é comum a todos os países desenvolvidos e verifica-se atualmente com maior intensidade nos países em desenvolvimento. A proporção da população mundial com 65 anos ou mais anos registra uma tendência crescente, tendo aumentado de 5,3% para 6,9% do total da população entre 1960 e 2000. Um dado importante ainda a referir é que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. De acordo com as projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) de Portugal, estima-se que em 2050 os idosos atinjam 32% do total da população⁽¹⁾.

O envelhecimento da população é uma manifestação universal, um processo complexo para o qual concorrem fatores de ordem biológica, social, econômica e cultural, agindo no sistema de relações entre indivíduos, sociedade e meio ambiente. O envelhecimento não é uma doença, mas predispõe à doença, pela diminuição de resistência⁽²⁾.

As alterações próprias do processo de

envelhecimento e o frequente aparecimento de patologias crônicas nesta faixa etária funcionam como agravante deste quadro. Dentre as patologias, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um dos problemas atuais de saúde pública e uma das principais causas de incapacidade no indivíduo⁽³⁾.

Após um episódio de AVC, a área cerebral afetada, habitualmente, não consegue restaurar-se, o que leva à instalação de déficits neurológicos que, com frequência, se manifestam com algum grau de dependência, principalmente nos autocuidados, e muitas vezes os pacientes são incapazes de realizar até mesmo as atividades de vida diárias. O autocuidado é o conceito básico entendido como a capacidade que o indivíduo tem para realizar as atividades necessárias para viver e sobreviver, em seu próprio benefício mantendo a vida, a saúde e o bem-estar⁽⁴⁾.

É neste contexto que surge um personagem de grande importância com vista à sobrevivência e apoio nas atividades de vida diária: o familiar que cuida, o qual é atualmente referenciado como cuidador informal. Recordamos que a família é um espaço natural de quem a sociedade

*Enfermeira. Mestre. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave – Vila Nova de Famalicão, Portugal. Doutoranda em Ciências de Enfermagem. E-mail: isabel.araujo@ipsn.cespu.pt

**Enfermeira. Doutora. Professora Catedrática do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal. E-mail: paul@icbas.up.pt

***Enfermeira. Doutora. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. E-mail: mmartins@esenf.pt

espera, além da função de reprodução e socialização das crianças, a “estabilização da personalidade dos adultos”, podendo contribuir para o equilíbrio psicológico em momentos de crise acidental^(5:93). O cuidado encontra-se na essência do ser humano, motiva e permeia tudo o que este realiza, e pode ser visualizado na vida desde o nascimento até à morte, fazendo parte do processo que nos mantém vivos⁽⁶⁾. A utilização de familiares para o cuidado de idosos no domicílio é uma realidade. Passada a fase aguda, os idosos, vítimas de AVC regressam ao seu meio familiar. Assim, a família predomina como alternativa no sistema de suporte informal aos idosos, mesmo que isso tenha consequências problemáticas para a reorganização familiar⁽³⁾.

A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Assim, cuidar dos idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis da família, o que, aliado à hostilidade para com as instituições, pressiona a família no sentido de manter esse papel, sem equacionar as exigências e as necessidades associadas⁽⁷⁾.

Na maioria das vezes, a decisão das famílias por assumir a continuidade de cuidados é consciente⁽⁷⁾. O processo parece obedecer a regras refletidas em quatro arranjos familiares: parentesco, com frequência maior para cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho; nora/genro, com predominância da mulher; proximidade física, considerando quem vive com a pessoa que requer cuidados; e proximidade afetiva, destacando-se a relação conjugal e a relação entre pais e filhos. Esta situação acarreta sobrecargas pessoais e alterações no modo de viver de quem presta cuidados, assim como de toda a sua família.

Cada família tem a sua estrutura e suas funções, de modo que cada membro tem o seu lugar e os seus papéis. Quando um dos seus membros adoece gravemente, toda a homeostasia familiar sofre uma ruptura, o que implica mudanças em todo o sistema, originando uma crise familiar⁽⁸⁾.

Uma crise, por definição, implica um momento decisivo e de mudança/transformação do modelo relacional, isto é, do padrão relacional da família, e não apenas adaptações,

dado que a maneira habitual de proceder e se relacionar já não é satisfatória⁽⁹⁻¹⁰⁾. Assim, a crise pode ser interpretada como *ocasião* e como *risco*. Ocasão, quando promove mudança, e risco, quando origina disfunção familiar⁽¹¹⁾.

A família tem de usar a sua capacidade criativa e não recusar a mudança inevitável para ultrapassar mais facilmente e com melhores resultados a crise instaurada⁽⁹⁻¹⁰⁾. Assim, com este trabalho pretendemos identificar as mudanças ocorridas na vida do cuidador e na sua família após a crise de dependência de um familiar por AVC; explorar os processos de reorganização familiar ante a dependência de um dos membros com AVC; identificar as principais dificuldades do cuidador de um idoso dependente no contexto familiar; descrever o sentido de ser cuidador de um idoso dependente em contexto familiar.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido com base numa abordagem qualitativa de natureza exploratório-descritiva. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2006, por meio de entrevista semiestruturada a 12 cuidadores informais de idosos dependentes por AVC, pertencentes a famílias dos distritos do Porto e de Braga (Portugal). Na entrevista incluímos perguntas que nos permitiram analisar características do cuidador principal, como foi “eleito” e que mudanças ocorreram na sua vida, assim como na da sua família, após ter assumido o papel de cuidador principal.

No percurso metodológico foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação. Foi solicitada à direção dos centros de saúde autorização por escrito para a coleta de dados e a colaboração dos enfermeiros que fazem visita domiciliária, para a identificação e seleção das famílias. Os participantes foram selecionados de forma intencional. Todos eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O critério de inclusão foi ser cuidador principal de um indivíduo idoso dependente que necessitasse de ajuda em pelo menos um autocuidado. O enfermeiro do centro de saúde apresentou o investigador à família e este solicitou a participação do cuidador principal, o qual foi

informado da finalidade e objetivos do estudo, assim como do instrumento a ser utilizado para a coleta de informações. Num outro momento, o investigador reuniu-se individualmente os cuidadores informais no domicílio do indivíduo dependente, relembrou objetivos e solicitou o livre consentimento para gravar a entrevista. As entrevistas tiveram uma duração de 20 a 45 minutos por participante.

De forma geral, fomos bem recebidos pelos cuidadores principais, que demonstraram disposição em responder às questões colocadas. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra. Com este procedimento, construímos o *corpus* de análise do estudo. Cada entrevista foi codificada com uma letra e um número para que os participantes não fossem identificados. Para realizar a análise de conteúdo, optamos pelas etapas propostas por Bardin “em torno de três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”^(12:95).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como caracterização da população de cuidadores entrevistada (12 indivíduos), tem-se uma predominância, quase absoluta do sexo feminino (aproximadamente 91,7% - 11 entrevistados). A faixa etária encontrada esteve entre 40 e 80 anos de idade, e destes indivíduos, 27% têm mais de 65 anos de idade. O grau de parentesco que tinham com o indivíduo dependente se constituía de 8 (67%) cônjuges; 3 (25%) nora/genro e 1 (8%) filha. Os idosos dependentes eram, na maioria, do sexo masculino (67%). Estes resultados vão ao encontro dos de outros estudos realizados, segundo os quais o risco de AVC aumenta com a idade e com uma prevalência mais elevada no sexo masculino⁽³⁾ e quem cuida destes indivíduos dependentes são mulheres idosas⁽¹³⁾, o que reflete um dado cultural.

Da informação recolhida e posteriormente analisada emergiram várias categorias, que serão discutidas individualmente.

Razão de assumir o papel de cuidador

Ser cuidador principal implica um processo que envolve todo o sistema familiar. Resulta de um movimento familiar em que a decisão de

quem vai cuidar é influenciada por valores familiares, cultura e crenças sociais.

Pela análise dos discursos, os familiares tornaram-se cuidadores por falta de outras opções, relevando que: “não havia mais ninguém” (E1; E5); “só existia eu para tratar dele” (E9) relatos que podem evidenciar o dever moral ou social, sendo esta subcategoria reforçada com expressões como “porque já vivia com ela” (E10, E12), por “dever” (E3, E7). Outros cuidavam por vontade própria: “fazia melhor que os outros” (E6). Esta decisão de ser cuidador fundamenta-se no sentimento de amor e piedade do que citamos como testemunho algumas expressões: “por amor” (E2, E3, E4); por “pena” (E11), porque “não tinha mais ninguém” (E1, E5, E9). Resultados semelhantes foram encontrados em estudos recentes^(7, 14).

No muito que se tem escrito sobre os cuidadores são apontados diferentes motivos para os elementos da família de um indivíduo dependente assumirem esse papel. Assim, os cônjuges alegaram que têm de cuidar em decorrência do acordo que fizeram, no casamento, de um cuidar do outro. Os filhos justificaram o cuidado pelo lugar que ocupam na família, porque é o filho mais velho ou porque é solteiro. Apesar de, no início, ser difícil aceitar este papel, com o passar do tempo o aceitaram. Constata-se que o papel de cuidador é construído no relacionamento, com a influência de diversos fatores referentes à história familiar. Isto indica que, de alguma forma, esse papel já estava imaginado ou predeterminado^(7,14-15). Há autores que afirmam existir uma tendência de os padrões familiares se repetirem de geração em geração⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O que fazem os cuidadores

Os cuidadores são pessoas dedicadas, que procuram dar respostas aos problemas que surgem para a sobrevivência e na manutenção dos autocuidados. Assim, emergiram os três tipos de déficits de autocuidado: os universais, os de assistência de saúde e os autocuidados de desenvolvimento.

Os primeiros, autocuidados universais, relevam para “ajudar a ir à casa de banho” (E6); “higiene pessoal, tudo” (E9); “sentá-lo à mesa para comer” (E2), “mudo-a e viro-a” (E12). Os segundos, os autocuidados assistência de saúde,

remetem para “meço-lhe a glicose” (E3); “dou-lhe os medicamentos” (E11). Por último, os déficits de autocuidado de desenvolvimento são também praticados e valorizados por estes cuidadores nas suas entrevistas, expressos por: “até miminhos” (E4); “precisa que esteja ali sempre alguém que lhe dê a palavra certa, no momento certo” (E9); “conversamos a nossa vida...tu tens sido minha amiga...tens aguentado bem” (E7); “estou ali sentada a olhar para ele e ele para mim” (E7). Foi também possível apurar que os cuidadores prestam cuidados durante as 24 horas de cada dia, sem descanso, acompanham e supervisionam estes idosos (E1, E2, E3, E4, E7, E8, E9, E11, E12). Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, os quais referem que as atividades desenvolvidas pelos cuidadores cobrem um conjunto de necessidades que contribuem para a saúde e bem-estar dos idosos: suporte psicológico, emocional e cuidados nas atividades básicas e instrumentais de vida⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Significado de ser cuidador

Depois do conhecimento de quais os cuidados que prestam estes cuidadores, houve interesse em saber o que significa para eles cuidar de um idoso dependente.

Analisando os discursos, os cuidadores verbalizam rapidamente um significado negativo: “uma cruz que Deus me deu...é muito pesado” (E2); preocupações referentes ao ato de cuidar “responsabilidade, estresse” (E9). Ser cuidador significa, ainda, sentimentos de tristeza “sinto-me triste” (E3, E12) e gratificação “habituei-me e até estou satisfeita” (E6). Atribuem ao cuidado um significado concreto e objetivo. Não obstante, o significado de ser cuidador é também manifestado de forma subjetiva, tendo os participantes muita dificuldade em descrever “experiência sem explicação” (E4), “não sei dizer, não sei explicar” (E5). Atribuem-se significados de sofrimento com os quais se cresce do ponto de vista existencial: crescimento, gratidão, doação, amor, dever, reparação, obrigação^(7,14,20).

Dificuldades do cuidador na prestação de assistência ao idoso dependente

Na continuidade do estudo procurou-se identificar as dificuldades do cuidador.

Constatou-se que as vivências narradas que sentem mais dificuldades no apoio autocuidado, aqui caracterizadas como universais, são procedimentos que exigem dos cuidadores mais esforço físico, como a prestação de cuidados de “higiene” (E1, E2, E4, E5, E9) e a “mobilização” (E8, E11, E12), provocando-lhes cansaço, desgaste e revolta.

São vários os estudos que fazem alusão ao risco de alteração da saúde do cuidador devido ao desgaste provocado pelas atividades desenvolvidas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Outros estudos salientam que o papel de cuidador é muito pesado. Este fator é especialmente sublinhado pelas mulheres idosas que cuidam do marido idoso. Essas mulheres relatam que ficam tão cansadas que acabam alienadas do mundo mas, ao mesmo tempo, sentem-se orgulhosas do papel que despenham. Afirmam ainda que vivem sentimentos contraditórios: desejam com igual intensidade e frequência a morte do marido para acabar com esse “fardo”, e ao mesmo tempo que ele não morra, continuando a fazer-lhes companhia, mesmo que dê trabalho⁽⁷⁾.

Mudanças na vida do cuidador

O tempo e o esforço físico e psicológico que estes cuidadores despendem para cuidar do idoso dependente geram-lhes alterações no ritmo de vida, forçando-os assumir a novos papéis e a prescindir de outros. Assim, dos discursos emergem mudanças radicais na vida do cuidador, sendo que, em sua maioria, os cuidadores referiram que muda “tudo” (E1, E2, E3, E5, E7, E9, E10). Os papéis social, recreativo e de lazer foram os mais afetados “nunca mais fui a uma festa, de férias” (E1) “não posso sair...não posso ter animais, porcos, ovelhas” (E6) “é uma prisão muito grande, estou sempre aqui” (E7). A mudança também se sente na vida profissional e sobretudo nas perdas econômicas, salientando os cuidadores que “podia ganhar mais um bocadito, assim estou em casa” (E12). Quando existe flexibilidade de horário fica facilitada a conciliação entre a prestação de cuidados e a manutenção do emprego: “estou aqui na mercearia, mas estou sempre com ele, desço e subo as escadas não sei quantas vezes ao dia” (E6). As mudanças psicológicas foram também uma constante expressa pela maioria dos nossos atores. Podemos comprovar esse fato,

a título de exemplo, com um relato de um cuidador quando nos refere: “antes era mais alegre...agora sinto-me inferior aos outros, não sei, sinto-me triste” (E5). Identificam-se ainda cuidadores que relatam alterações no papel sexual: “tenho menos tempo para ele” (E1). Esta cuidadora manifestou ter menos tempo para a partilha de afetos com o marido a partir do momento em que a sogra passou a pertencer ao seu agregado familiar. Estas mudanças têm implicações diretas no bem-estar do cuidador e no subsistema conjugal. As dificuldades de adaptação e as preocupações em relação ao futuro condicionam a saúde física e mental do cuidador^(14,18).

Colaboração da família

Apesar das diferenças conceituais e tipológicas da família, esta é sempre mais que a soma dos seus elementos: é, sobretudo, o conjunto de relações que se estabelecem entre eles e com o meio, em que se inserem de forma contínua e interativa e surgem as respostas para os vários momentos de crescimento. Assim, procuramos saber se estes cuidadores têm apoio de outros membros da sua família na prestação de cuidados ao idoso. Foram apontados apoios para o autocuidado universal e autocuidado emocional, sendo este último prestado, sobretudo, pelos filhos, cunhadas, filhas, irmãos e sobrinhos.

Alguns manifestaram que “é bom ter ajuda” (E6) nem que seja “de fugida dar um beijinho e perguntar se está tudo bem” (E8). Outros referem ter algum apoio também de vizinhos e amigos (E7, E9, E11), o que lhes causa muito prazer. No entanto, dois cuidadores referiram não ter apoio, o que gera “revolta, uma grande tristeza” (E2, E10). Esta situação sobrecarrega os cuidadores, segundo os trabalhos consultados.

Mudanças na família

A estrutura, a função e o processo da unidade familiar influenciam e são influenciados pelo estado de saúde dos diferentes indivíduos. As narrativas mostram desequilíbrio emocional dos diferentes elementos da família: “a filha chorava muito...a vida parou para ela” (E2), foi um “choque muito grande” (E4), “ficou tudo muito triste” (E6). As alterações sociais foram igualmente muito realçadas pelos participantes:

“a gente antes podia dar um passeio, sabe que agora até o convívio lhe faz muito mal...estamos limitados só às mesmas coisas” (E4) “estou sempre aqui metida de domingo a domingo” (E7). A sobrecarga de trabalho, o número de horas dispendidas na prestação de cuidados exige restrições nas atividades de lazer em sociedade^(3,18).

As alterações em nível comportamental no indivíduo vítima de AVC são frequentes, tornando-o confuso, por vezes agressivo física e verbalmente e gerando alterações nas relações intrafamiliares e entre diferentes subsistemas da família: “estava habituada a ter um marido calmo...e de um momento para o outro virou como do vinho para a água!..batia-me” (E2). Apuramos que o membro da família mais atingido por esta mudança é a esposa: “o meu marido é capaz de falar com uma pessoa, mas comigo não fala...fala mas é só para me insultar” (E3). Os filhos são os elos mediadores para diminuir o conflito: “até o filho lhe ralha: oh pai, não podes ser assim”, “eu fico triste e o meu filho não gosta” (E3).

As alterações físicas do membro dependente implicam modificações na estrutura física da habitação: “pusemos aquecimento na casa, tive de alargar e fazer um quarto de banho porque as casas que nós temos, não entra um carro de rodas...tinha que sair com a maca por cima do muro, teve de se abrir uma entrada para a maca passar, não tínhamos nada, nada preparado para isso” (E6).

Também nos foi possível constatar que ocorrem alterações nos papéis de alguns membros da família, por exemplo, no papel de criar e educar os filhos: “custa-me muito saber que tenho uma filha com 17 anos...uma idade que ela tanto precisava da companhia do pai” (E2). No entanto, são alterações às quais algumas famílias se vão adaptando: “os meus filhos já se habituaram à ideia de eu tomar conta da avó” (E10); mas, apesar da aceitação, manifestaram que gostariam de assumir outros papéis, como o de cuidar dos netos: “não posso é olhar pelos meus netos. Gostava de tomar conta deles, mas com a minha sogra assim não posso” (E12).

Também se verificam mudanças na estrutura da família com a entrada de um membro que não fazia parte do agregado familiar: “é totalmente

diferente do que quando éramos nós os dois...ele passou para segundo plano...mas mesmo ele sabe, ...sente” (E1). Resultados semelhantes foram descritos por outros autores^(3,10-11).

Reorganização familiar

Pelos discursos, tomamos conhecimento de que estes cuidadores passam mais tempo com a família e consideram esta partilha muito importante para o restabelecimento do equilíbrio familiar. Este suporte é essencialmente fornecido pelos filhos (E3, E4, E5, E6, E7, E8) dos cuidadores, e é fundamental para o equilíbrio interno da família como um todo, proporcionando satisfação ao cuidador: “isso vale tudo” (E6), “considero muito importante” (E3), “é uma ajuda” (E8). Os filhos constituem-se, junto aos pais idosos, como fonte de apoio emocional e instrumental⁽⁷⁾.

Estes cuidadores habitualmente falam com outros membros da família sobre os problemas do idoso dependente e consideram-se uma família normal: “até ao momento funciona bem” (E8), “damo-nos bem. Ora se um precisar, o outro ajuda” (E2). Refletem ser famílias adaptadas “estamos conformados” (E6), mas mesmo assim, por vezes ocorre estresse (E1, E10).

Não obstante, alguns cuidadores expressaram falta de suporte por parte da sua família ante a situação por eles vivenciada (E2, E10). Esta falta de apoio pode-se refletir nos outros elementos da família: “à filha noto que lhe falho...ela fica carente de certas coisas” (E2). A ausência de redes de apoio entre os familiares provoca insegurança e sobrecarga no cuidador, podendo este ficar impossibilitado de assumir o seu papel⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

As pessoas lidam com o idoso dependente tendo em conta crenças, mitos, normas e papéis preestabelecidos que se relacionam com a dinâmica de cada família em particular. As famílias manifestaram necessidades que vão desde os aspectos materiais até aos cuidados cognitivos, afetivos e comportamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a comunidade científica tem dado importância ao cuidador informal e ao seu contexto familiar como “foco” primordial para o cuidado a idosos dependentes e/ou fragilizados. Neste contexto, com o nosso estudo, tendo em conta as suas limitações, apuramos que quem exerce no domicílio o papel de cuidador de idosos vítimas de AVC e dependentes geralmente são as esposas dos indivíduos dependentes. O que as levou a assumir esse papel foram as suas crenças, valores, razões sociais, morais e sentimentos de amor ou piedade.

Para a sobrevivência e o assegurar dos autocuidados, elas passam dia e noite junto do idoso. Estes cuidadores referiram maiores dificuldades na prestação de autocuidados universais, principalmente na higiene e na mobilização; na prestação de autocuidado de desvio de saúde, sobretudo na gestão de regime terapêutico; e nos autocuidados de desenvolvimento, com relevo para as manifestações afetivas e de acompanhamento.

Ao assumirem o papel de cuidador vêm as suas vidas transformadas. Ocorrem mudanças, essencialmente, no seu papel social e sexual, nas atividades de lazer e, em alguns casos, na atividade profissional. Ser cuidador é difícil, é um peso, gera sentimentos contraditórios de tristeza e satisfação.

A maioria destes cuidadores tem apoio de filhos, de alguns amigos e vizinhos. Os participantes consideraram ter famílias saudáveis; no entanto, para assumirem esta responsabilidade, sofreram alterações na reorganização, na estrutura, função e processos familiares.

Sugere-se que a intervenção de enfermagem dedique atenção ao binômio idoso e família como uma estratégia de diminuir o impacto provocado pela dependência de um dos membros da família e, desta forma, promover a saúde familiar.

HOME CARE OF THE DEPENDENT ELDERLY: A FEW HEART-FELT CONSIDERATIONS FROM SOMEONE INVOLVED

ABSTRACT

The main subject of this article was to identify the main caregiver of dependent elderly at home and to define what are the changes that occur in the lives of the caregiver and his family. We used a qualitative study, with a semi-structured interview as the main tool. We interviewed 12 caregivers of dependent elderly by CVA belonging to

families of the Porto and Braga regions (Portugal). The final goal of this work is to give some contribution for the improvement of family nursing. The results showed that spouses and daughters are the main caregivers of the dependent elderly at home. Taking upon themselves the role of caregivers, they see their lives turned upside down, with their social role, their leisure activities and even their jobs becoming truly affected. Most of these caregivers have the support of children and of a few friends and neighbours. We identified changes and rearrangement in structure and function of the family unit.

Key words: Caregivers. Frail Elderly. Family.

CUIDAR DE ANCIANOS DEPENDIENTES EN EL DOMICILIO: DESAHOGOS DEL QUE CUIDA

RESUMEN

Con este estudio fue nuestra intención identificar quién es el cuidador principal de los ancianos dependientes en el domicilio y qué cambios ocurren en la vida del cuidador y de su familia cuando un elemento se torna dependiente. Recurrimos a un estudio cualitativo, utilizando la entrevista semiestructurada. Entrevistamos doce cuidadores informales de individuos ancianos dependientes por AVC, que pertenecen a familias de los distritos de Porto y Braga (Portugal). La finalidad de este trabajo es contribuir para la mejora de la asistencia de la enfermería a la familia. Los entrevistados han revelado que los cónyuges e hijas son los principales cuidadores de los ancianos dependientes en el domicilio. Cuando asumen el papel de cuidador sus vidas son transformadas, ocurriendo cambios, principalmente, en su papel social, actividades de ocio y, en algunos casos, en la actividad profesional. La mayoría de estos cuidadores tienen el apoyo de los hijos, de algunos amigos y vecinos. Se han identificado alteraciones y reorganizaciones en la estructura, función y proceso de la unidad familiar.

Palabras clave: Cuidadores. Anciano Frágil. Familia.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001 – Resultados Provisórios. Lisboa: O Instituto.
2. Paúl MC, Fonseca AF. Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores; 2005.
3. Martins MM. Uma crise acidental na família: o doente com AVC. Coimbra: Formasau; 2002.
4. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson; 1991.
5. Hanson SM. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação. Camarate: Lusodidacta; 2005.
6. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
7. Sousa L, Figueiredo D, Cerqueira M. Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar; 2006.
8. Augusto BMJ, Carvalho R, editores. Cuidados continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros de cuidados. Coimbra: Formadau; 2002.
9. Alarcão M. (des)Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto Editora; 2000.
10. Relvas AP. O ciclo vital da família: uma perspectiva sistémica. Porto: Afrontamento; 2006.
11. Minuchin S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
12. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007.
13. Heierle C. Cuidando entre cuidadores intercambio de apoyo en la familia. Granada: Cuadernos Index/3; 2004.
14. Meira EC, Gonçalves LHT, Xavier JO. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes fragilizados acerca dos factores de risco para violência intrafamiliar. Cienc Cuid Saúde. 2007;6(2):171-80.
15. Lage I. Cuidados familiares a idosos. In: Paúl MC, Fonseca AF. Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores; 2005.
16. Krom MM. Família e mitos – prevenção e terapias: resgatando histórias. São Paulo: Summus; 2000.
17. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):773-78.
18. Navarro E. Calidad de vida del cuidador del hemiplégico vascular. [tese] Barcelona: Faculdade de Medicina da Universidade Autônoma de Barcelona; 2004. [Acesso 2006 Jun 3]. Disponível em: http://www.Tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0728105-133440/emn1 de 1.pdf
19. Fernandes M, Pereira MLS, Ferreira MA, Machado RF, Martins T. Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. Revista Sinais Vitais. 2002;(43):31-5.
20. Araújo IM, Paúl C, Martins MM. Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade – um desafio. Revista Referência. 2008; II Série (7):43-53.

Endereço para correspondência: Isabel Maria Araújo. Avenida das Lameiras, 368. CEP: 4765618 – Dalães – Portugal. E-mail: Isabel.araujo@ipsn.cespu.pt

Data de recebimento: 22/11/2007

Data de aprovação: 11/03/2009